CRITÉRIOS CLÍNICOS E DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR EM DOENTES COM PROVÁVEL INFEÇÃO POR SARS-CoV-2

Documento Original:

semFYC
Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

Versão Portuguesa:

apmgf

GRESP
Grupo de Doenças Respiratórias
Medicina Geral e Familiar

CRITÉRIOS CLÍNICOS E DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR EM DOENTES COM PROVÁVEL INFEÇÃO POR SARS-CoV-2

No momento atual as principais portas de entrada para os casos prováveis de COVID-19 são as Unidades de Saúde Familiares, Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidades de Cuidados da Comunidade através das Equipas de Cuidados Continuados Integrados e Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos. O objetivo deste documento é servir de guia de atuação clínica perante casos prováveis de COVID-19 em Cuidados de Saúde Primários.

Estima-se que mais de 80% dos pacientes com COVID-19 apresentam uma forma leve, sem complicações da doença. Aproximadamente 14% desenvolvem doença grave, que requer hospitalização, e 5% chega mesmo a necessitar de internamento em Unidades de Cuidados Intensivos. Nos casos graves pode mesmo vir a surgir Síndrome de dificuldade respiratória aguda (SARS), sépsis e choque séptico, insuficiência renal e compromisso cardíaco.

Constituem fatores de risco para doença grave e elevada mortalidade, idade avançada e comorbilidades, como doenças cardiovasculares, diabetes e DPOC.

Cenários possíveis:

1. Critérios clínicos a valorizar no doente que recorre ao centro de saúde por suspeita de SARS- CoV-2;
2. Critérios clínicos para referenciação a contexto hospitalar, de doente avaliado no centro de saúde ou domicílio;
3. Critérios clínicos a avaliar em contacto telefónico, de doente com diagnóstico de SARS-CoV-2 em seguimento no domicílio, ou em doente com suspeita de infeção por SARS-CoV-2;

1. Critérios clínicos a valorizar no doente que recorre ao centro de saúde por suspeita de SARS- CoV-2

Os sinais e sintomas são muito inespecíficos: febre, tosse (produtiva ou não), dispneia, anorexia, mal-estar geral, mialgias. Menos frequentes: odinofagia, congestão nasal, cefaleia, náuseas ou diarreia. Os idosos ou imunodeprimidos podem apresentar sinais ou sintomas atípicos.

Neste momento não existe evidencia que comprove que as grávidas apresentem maior risco de doença grave ou de compromisso fetal (mas os resultados para os recém-nascidos podem ser graves), contudo as mesmas devem, caso exista suspeita de infeção por COVID-19, ser avaliadas em contexto hospitalar.

1.1. Sinais clínicos e Oximetria de pulso

- Saturação O_2 < 95%, em ar ambiente (exceto se doentes com DPOC diagnosticada)
- Dispneia ou outros sinais de dificuldade respiratória (cianose, utilização de musculatura acessória, tiragem, discurso interrompido)
- Taquipnea: frecuencia respiratoria > 20 rpm
- Frequência cardíaca ≥ 125 bpm
- Sinais de confusão ou desorientação
- Dor costal tipo pleurítica
- Vómitos incoercíveis, diarreia em quantidade abundante ou número de dejeções ≥ 10/dia.

1.2 Fatores de risco associados a maior probabilidade de infeção por SARS-CoV-2, sem sinais clínicos suspeitos (necessário acesso à história clínica, no ponto de triagem)

- Idade > 60 anos com ≥ 1 comorbilidade:
  - HTA
  - Diabetes mellitus
  - Doença cardiovascular crónica (cardiopatia isquémica, insuficiência cardíaca, fibrilhação auricular)
  - Acidente vascular cerebral
  - Doença pulmonar crónica (DPOC, bronquiectasias, fibrose pulmonar, asma)
  - Hepatopatia crónica (cirrose hepática)
  - Insuficiência Renal crónica (filtrado glomerular nos estádios 3-5)
  - Tumor maligno sólido ou neoplasia hematológica activa
  - Imunossupressão (corticoterapia sistémica, agentes biológicos, quimioterapia)
- Gravidez

2. Critérios de referenciação hospitalar do doente avaliado clinicamente nos Cuidados de Saúde Primários ou no seu domicílio

- Frequência Respiratória ≥ 30 cpm
- Saturação basal O_2 < 92%
- Frequência Cardíaca ≥ 125 bpm
- Hipotensão (PAS < 90 mmHg ou PAD < 60 mmHg)
- Dispneia intensa (para esforços mínimos ou em repouso)
- Sinais de compromisso respiratório (cianose, uso de musculatura acessória)
- Hemoptise
- Alteração estado consciência/alerta: letargia, desorientação, estado confusional de instalação súbita
- Incapacidade de se alimentar por via oral por vómitos incoercíveis ou número significativo de dejecções (≥ 10/dia) que façam prever desidratação ou alterações hidroelectrolíticas
- Alterações importantes do estado geral
- Elevada suspeita clínica de pneumonia que exija realização de Rx, considerando os seguintes critérios:
  - Agravamento dispneia
  - Persistência febre > 7 dias ou reaparecimento da febre após um período de apirexia
  - Frequência respiratória > 22 cpm
  - Alterações na auscultação pulmonar

3. Critérios para avaliação clínica telefónica no seguimento domiciliário do paciente infetado ou com suspeita de infeção por SARS-CoV-2

Questionário de avaliação clínica telefónica no seguimento domiciliário do doente infetado ou com suspeita de infeção por SARS-CoV-2		
Em relação ao nosso último contacto, como se encontra hoje? Melhor / Igual / Pior		
PERGUNTAS	SIM	NÃO
Temperatura:		
Febre alta ≥ 38,0º C		
Tosse		
• Tosse persistente que dificulta a alimentação e hidratação		
Dispneia grave ou muito grave (classe III-IV da escala NYHA)		
• Fadiga ao levantar e no início da caminhada ou em repouso		
• Duração da dificuldade respiratória não grave além de 10 dias		
Taquipneia: discurso fragmentado ou dificuldade em manter uma conversa		
Incapacidade de realizar qualquer tipo de atividade física		
Dor torácica do tipo pleurítico		
Dor torácica (costal) que dificulta a respiração, dor de novo ou agravamento de dor prévia		
Hemoptise		
Estado de alerta (se existem dúvidas ao entrevistar o doente, pergunte, sempre que possível, a outra pessoa que esteja presente)		
• Está consciente e alerta		
• Responde às questões com normalidade		
Vómitos incoercíveis que impedem a alimentação		
Diarreia abundante (≥ 10 dejecções por dia ou 5 - 10 durante mais de 3 dias)		
No seguimento posterior, ao 7º dia deve ser tido em conta:		
Duração da febre (≥ 38ºC) superior a 7 dias		
Duração da tosse superior a 14 dias		
Houve mudança nas condições psicossociais do isolamento domiciliário		

3.1 Atuação

A presença de uma resposta positiva obriga a uma avaliação pelo médico da família (por telefone ou presencial).
Caso haja alterações nas condições psicossociais do domicílio dever-se-ia proceder à transferência do doente, se a situação clínica permitir e se estas infraestruturas existirem, para centros de apoio à hospitalização ("hotéis com suporte clínico" ou para outras infraestruturas habilitadas) ou aumentar o suporte comunitário (entrega de comida em casa, apoio na renovação de medicamentos, acompanhamento, apoio nas compras, acartar lenha, passeio de animais de estimação, etc.) sempre que é possível. Avaliar a necessidade de substituir o acompanhamento no domicílio por um acompanhamento em centros de apoio à hospitalização convencional, ou acompanhamento no domicílio com apoio comunitário, com monitorização clínica presencial, sempre que se disponha dessa possibilidade.

- Idade > 80 anos com ou sem fatores de risco de vulnerabilidade à infeção por SARS-CoV-2
- Idade > 70 anos com ≥ 2 comorbilidades
- Vulnerabilidade psicossocial que impeça adequado acompanhamento em ambulatório (> 75 anos que viva só, doença mental grave, doença aditiva, sem casa).

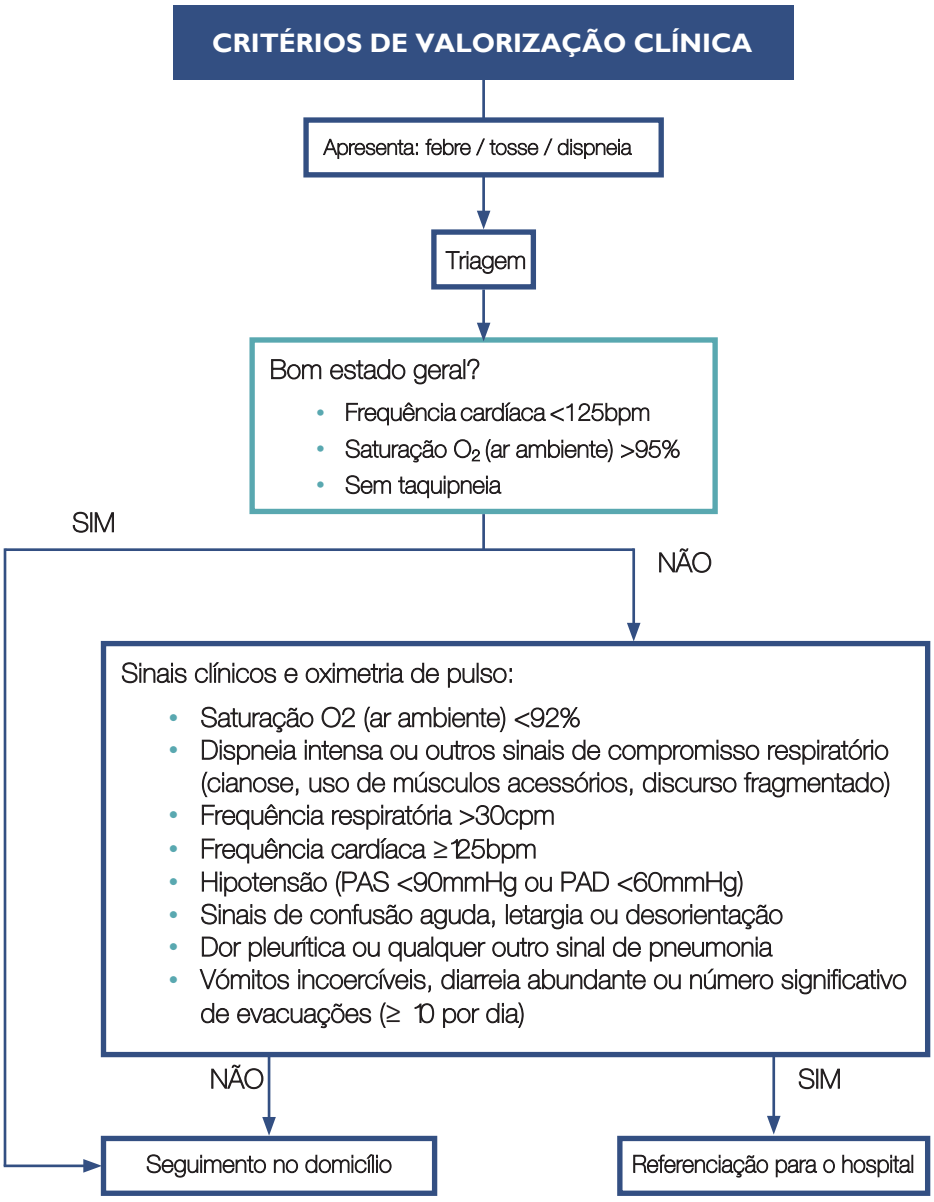
Encaminhar o utente para hospital perante a presença de critérios com necessidade de avaliação em contexto hospitalar.

Anexo. Duração dos sintomas em doentes graves que necessitam de admissão hospitalar, sem prognóstico fatal.

Sintomas	Dias após o início dos sintomas (doentes graves, evolução clínica não fatal)																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Febre																								
Tosse																								
Dispneia																								
Gravidade*																								

*Necessidade de admissão em UCI/ventilação mecânica.

Fonte: Zhou F et 2020.



Bibliografia

1. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected. Interim Guidance. V 1.2. [Internet] Segunda edición. WHO; 2020. [Consultado 17 de marzo 2020]. Dispo-nible en: https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infec-tion-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected
2. McIntosh K. Coronavirus disease 2019 (COVID-19). UpToDate. [Internet]. Febrero 2020. [Actualizado el 16 de marzo de 2020; consultado el 17 de marzo de 2020]. Disponible en: https://www.uptodate.com/con-tents/coronavirus-disease-2019-covid-19
3. Procedimiento de atención al paciente con sospecha de infección por COVID-19, en el centro de salud. Ver-sión 02–18/03/2020. Madrid: Gerencia Asistencial de AP, Consejería de Sanidad de Madrid; 2020.
4. Documento técnico de recomendaciones de actuación ante la crisis por COVID-19, para los gestores de Servicios Sociales de Atención a Personas sin Hogar. Versión 1 (18/03/2020). Secretaría de Estado de Dere-chos Sociales. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030
5. Indicaciones de pruebas de imagen urgentes en COVID-19. Sociedad Española de Radiología de Urgencias. Disponible en https://www.seram.es/images/site/Indicaciones_de_pruebas_de_imagen_urgentes_en_CO-VID-19.pdf
6. ACR Recommendations for the Use of Chest Radiography and CT for Suspected COVID-19 Cases. Dispo-nible en https://www.itnonline.com/content/acr-recommendations-use-chest-radiography-and-ct-suspec-ted-covid-19-cases
7. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z. Clinical Course and Risk Factors for Mortality of Adult in Patients with COVID-19 in Wuhan, China: A Retrospective Cohort Study. Lancet, 2020. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3

Autores

José Mª Molero García. Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas

Jesús Molina París. Grupo de Trabajo de Enfermedades Respiratorias

Daniel Ocaña Rodríguez. Grupo de Trabajo de Enfermedades Respiratorias

Magdalena Canals Aracil. Grupo de Trabajo de Urgencias y Atención Continuada

Nel·lo Monfort Lázaro. Grupo de Trabajo de Medicina Rural

Salvador Tranche Iparraguirre. Grupo de Trabajo de Neurología

Tradução/adaptação para Português

GRESP/APMGF